



PROGRAMA AUDIT. V 2022

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Navarra
Centro	Facultad de Medicina
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	AUDIT Internacional restringido excluyendo los criterios 6,7 y 8
Fecha de la auditoría	09 de febrero de 2024

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría		Inicial	X	Seguimiento		Renovación	
--------------	--	---------	---	-------------	--	------------	--

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	M ^a José Sánchez de Miguel
Cargo	Directora del Servicio de Planificación y Mejora de la Docencia
Tfno. y correo	948425600. Ext.802104/772104 / mjsanchez@unav.es

Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe	Montserrat Martínez Soldevilla	Institución	Universidad CEU Cardenal Herrera
Auditor	Arturo Alvear González	Institución	Universidad de Burgos
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La visita se ha desarrollado sin incidencias. Se han podido completar todas las entrevistas previstas en la agenda consensuada entre la Facultad y el equipo auditor.

Se debe tener en cuenta que el diseño del SAIC, que se implanta en la Facultad de Medicina, es centralizado por lo que afecta a todos los centros de la Universidad de Navarra.

Por esta razón, la entrevista a los colectivos, que se describen a continuación, se ha realizado en las Facultades indicadas y afectan a la auditoría de los dos centros:

- Comisión de Evaluación de la Calidad y Acreditación (CECA). La entrevista se desarrolló durante la visita de la auditoría en la Facultad de Ciencias (08/02/2024)



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

- Servicio de Calidad e Innovación. La entrevista se desarrolló durante la visita de la auditoría de la Facultad de Medicina (09/02/2024)

Durante la visita a las instalaciones de la Facultad de Medicina se ha podido constatar la existencia de recursos adecuados para la correcta impartición de las titulaciones y el apropiado desarrollo de la gestión del centro.

RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras no conformidades además de las indicadas en el presente informe.

Criterio AUDIT Internacional		Criterio AUDIT Internacional	
1. Política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Orientación de las enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad	1	3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos para el desarrollo, revisión y mejora de los procesos relacionados, y participación de los grupos de interés	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Implementación de mejoras derivadas de la evaluación periódica	4		
1.7. Rendición de cuentas a los grupos de interés	5	4. Personal académico/ investigador (PAI) y de apoyo a la docencia	No Conf.
2. Garantía de calidad de los programas formativos	No Conf.	4.1. Información sobre necesidades de PAI, según su política de personal y normativa	
2.1. Órganos, grupos de interés y procesos para el desarrollo de los programas formativos en todas sus etapas		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico/ investigador	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Información sobre competencias y resultados de su PAI para la mejora continua de sus actuaciones	
2.3. Mecanismos de toma de decisiones sobre oferta formativa y su ciclo de vida		4.4. Procesos de toma de decisiones	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Revisión y mejora continua de las actuaciones referidas a este personal	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none"> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices 			

Criterio AUDIT Internacional		Criterio AUDIT Internacional	
5. Recursos y servicios	No Conf.	7. Vinculación con el medio	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Órgano responsable del mantenimiento de la política y objetivos de las acciones de extensión y proyección social	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política y objetivos de extensión y proyección social	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento de toma de decisiones para la aprobación y desarrollo de las acciones de vinculación con el medio	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Procedimientos para asegurar la ejecución de los proyectos de extensión y proyección social	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Mecanismos de comunicación y difusión de las acciones realizadas	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		7.6. Procedimiento de control, revisión y mejora continua de las acciones realizadas	
6. I+D+i y transferencia del conocimiento	No Conf.	7.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados e impacto obtenidos	
6.1. Órgano responsable de la política, objetivos y líneas de I+D+i.		8. Dimensión externa de la IES	No Conf.
6.2. Grupos de interés implicados y vías de participación en la definición de la política, objetivos y líneas de investigación.		8.1. Órgano responsable de la estrategia de proyección y dimensión nacional e internacional de sus actividades	
6.3. Procesos de toma de decisiones para la aprobación y ejecución de los proyectos de I+D+i.		8.2. Mecanismos de toma de decisiones en la fijación de objetivos y ejecución de actividades vinculadas	
6.4. Mecanismos para la evaluación de los proyectos de investigación y su protección/ explotación		8.3. Participación de los grupos de interés en los procesos asociados	
6.5. Transferencia de resultados de los proyectos de investigación.		8.4. Modelo de alineación con el entorno para proyectar a la institución e insertarla en los diferentes ámbitos	
6.6. Implementación de las mejoras derivadas de la revisión de actividades de I+D+i.		8.5. Mecanismos de colaboración e integración en redes	
6.7. Rendición de cuentas de las actividades de I+D+i y los resultados obtenidos.		8.6. Mecanismos de medición, análisis y mejora de los resultados	
		8.7. Procedimiento de rendición de cuentas	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none"> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices 			

Criterio AUDIT Internacional		Criterio AUDIT Internacional	
9. Publicación de información sobre el desarrollo de actividades y programas	No Conf.	10. Mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
9.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades		10.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC y de su documentación de soporte	
9.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos		10.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
9.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.		10.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción de los procesos del Centro	
9.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés		10.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
9.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos en la publicación y difusión de la información		10.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
		10.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	11
		10.7. Evaluación externa periódica del SAIC	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none"> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices 			

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.2	No se puede evidenciar la existencia de un alineamiento de los objetivos de calidad de la Universidad con los de la Facultad de Medicina, por lo que no es posible establecer si la política y objetivos de calidad de la Universidad está implementada y alineada con la estrategia del centro, tal y como establece la directriz 1.1 del programa AUDIT Internacional.	nc
4	1.6	En contra de lo establecido en los criterios de AUDIT Internacional 1.6 y 1.7 no existen evidencias de la implementación de acciones de mejora y toma de decisiones, ni de la difusión de estas a los grupos de interés en cuanto a los objetivos y política de calidad de la Universidad y del Centro.	nc
5	1.7	El PE1 establece que es la Junta Directiva de centro la encargada de revisar los objetivos de calidad previo informe de la CGC. No se evidencia el ciclo completo de revisión y rendición de cuentas de los objetivos y política de calidad en este proceso de certificación de la implantación del sistema.	nc
11	10.6	El procedimiento PS5 recoge la forma en la que el centro propone la mejora continua del SAIC. Es el Servicio de Calidad e Innovación el responsable de diseñar el plan anual de auditorías. No hay evidencia de la existencia de dicho Plan. En cuanto a la información recogida sobre la única auditoría interna realizada, no se ha encontrado información acerca de la resolución de las no conformidades y oportunidades de mejora informadas por la auditora, ni la forma en la que el centro ha incorporado estas propuestas en sus informes internos. Es necesario incluir en el PS5 la forma en la que se solventan las deficiencias detectadas en las auditorías internas (plan de mejoras).	nc

(1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior

(2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
- No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SAIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SAIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita**

del equipo auditor. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de “Disposición final”) valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC *(excluyendo las no conformidades)*

OM1. Se debe establecer una trazabilidad entre los objetivos y la política de calidad de la Universidad y los objetivos y política de calidad del centro, de forma que se pueda observar la puesta en marcha de acciones destinadas al cumplimiento de dichos objetivos.

OM5. Identificar claramente en el Manual de Calidad el rol desempeñado por la Comisión de Título y por los Consejos de Curso en las diferentes fases del ciclo de vida de cada programa formativo.

OM7. Incluir en el PA2 la sistemática de las reuniones de coordinación que se realizan en las diferentes tipologías de estudios (grados, másteres y doctorados). Ha quedado evidenciado en las reuniones mantenidas con la CGC, PDI y estudiantes que se realizan diferentes reuniones de coordinación que no están recogidas en el proceso.

OM9. Se recomienda incluir indicadores en el PA7 que verifiquen la necesidad de la contratación de PAS acorde con la directriz 5.4 del modelo AUDIT.

OM13. Para facilitar el seguimiento y trazabilidad de las acciones de mejora incluidas en los diversos informes de análisis y en la Memorias de Análisis de Resultados (MAR), se recomienda codificar dichas acciones incluyendo, en dicha codificación, el curso de puesta en marcha de dicha acción.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SAIC *(en su diseño e/o implementación)*

F1. La implicación del equipo directivo de la Facultad, en especial la figura del coordinador de la CGC y de la representante del Servicio de Calidad e Innovación, para facilitar y fomentar el desarrollo de los procesos de calidad en la Facultad.

F2. La disposición del personal de administración y servicios para proporcionar la información requerida por cada uno de los procedimientos y alimentar la información de los Informes de Análisis.

F3. La involucración del personal docente en los aspectos relacionados con el apoyo y orientación a los estudiantes, destacando la figura del asesor, en consonancia con lo indicado en el PA3.

F4. La satisfacción demostrada por los estudiantes con los cambios realizados en el plan de estudios por su mejora en cuanto al incremento en las horas prácticas.

F5. El alto grado de satisfacción de los egresados con el seguimiento que, sobre ellos y su incorporación laboral, realiza la Facultad.

F6. El grado de satisfacción de los empleadores y tutores de prácticas con el perfil de egreso alcanzado por el estudiantado y la implicación de la Facultad en la correcta gestión de las prácticas.

F7. La Estrategia 2025 y sus proyectos alineados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

F8. La alta satisfacción de estudiantes y profesorado con el Centro de Simulación Avanzada y los recursos disponibles en la Facultad para la formación práctica de los estudiantes.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SAIC (en su diseño e/o implementación)

F9. El Grado en Medicina obtuvo en el curso 2022-2023 el Sello Internacional de Calidad de la World Federation for Medical Education (WFME), acreditación que permite a los estudiantes del Grado realizar la especialidad o estancias en EEUU, Canadá, Australia y Nueva Zelanda.

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES

El SAIC de la Facultad de Medicina se sometió a una preauditoria externa del Programa AUDIT el 15 de junio de 2023 en cuyo informe se incluyeron 9 NCM, 30 nc y 19 OM.

La Facultad elaboró un plan de mejoras que ha trasladado al equipo auditor. Este plan de mejoras recoge las NCM y las nc pero no las OM.

Se puede evidenciar que, tras la preauditoría, se han realizado avances en la definición de los procedimientos y en la incorporación de indicadores que permitan realizar un análisis más exhaustivo de los datos del SAIC, dando respuesta a los aspectos de mejora recogidos en el informe de preauditoría .

El 23 de noviembre de 2023 se aprueba la incorporación de dos nuevos procedimientos (PE4 y PE5), en el SAIC de la Universidad de Navarra, para dar respuesta a los requisitos de los criterios 6, 7 y 8 de AUDIT Internacional. El presente informe no recoge la evaluación de dichos procedimientos puesto que la Facultad ha solicitado la certificación de AUDIT Internacional restringido.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Ignacio Herrero	Vicedecano de Profesorado y Posgrado
Leire Arbea	Vicedecana de Innovación Educativa
Mar Cuadrado	Vicedecana de Estudiantes
Alfredo Gea	Vicedecano de Ordenación Académica
Alberto Fernández	Director de Desarrollo
Ladislao Campo	Gerente
Luis Echarte	Coordinador de la CGC
Cecilia Gonzalo	Servicio de Calidad e Innovación
Marisol Aymerich	Representante del profesorado

Andrea Urdániz	Representante de Estudiantes
Santiago Martínez	Representante de Estudiantes
María Vasili	Representante de Estudiantes de Posgrado
Alicia Doménech	Representante del PAS
Rubén Pío	PDI
Estefanía Toledo	PDI
Jesús Pueyo	PDI
Patricio Molero	PDI
Silvia Carlos	PDI
Agnes Díaz	PDI
Nieves Díez	PDI
Paloma Perís	Secretaría
Nekane Urueña	Centro de Simulación
Carmen Cañabete	Alumni
Ana García	Servicio Prácticas y Empleo
Natalia Couto	Unidad Atención Personas con Discapacidad
Esther Girado	Decanato y Doctorado
Julia Araiz	Estudiante Grado
Loles Medrano	Estudiante Grado
Marcos Casado	Estudiante Grado
Gonzalo Schoendorff	Estudiante Grado
Ignacio Ruiz Saavedra	Estudiante Grado
Miguel Álvarez García	Estudiante Grado
Marta García Gómara	Estudiante Doctorado
Sara Meda Helguera	Egresada



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

Versión: 03

Andrés Calva López	Egresado
María Olmedo López	Egresada
Manuel Requena	Egresado
Nicholas Chérrez	Egresado
Macarena Rodríguez Fraile	Clínica Universidad de Navarra
Loreto García del Barrio	Clínica Universidad de Navarra
María Ruiz de la Cuesta	Clínica Universidad de Navarra
Pablo Moreno	Clínica Padre Menni
Javier Basterra	Hospital de Navarra
Laura Moreno	Hospital de Navarra
Patricia Palacios	CS
Pepa Sánchez de Miguel	Directora del Servicio de Calidad e Innovación
Lourdes Zumaquero	Técnico de Calidad
Guadalupe Pérez	Técnico de Innovación

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Sara Mesa Helguera	Egresada

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SAIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)



FAVORABLE



DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SAIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor**.
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Revisado el Plan de Mejoras presentado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, se puede corroborar que el centro ha recogido acciones de mejora para dar respuesta a todas las no conformidades y oportunidades de mejora planteadas en la auditoría interna. En general las acciones propuestas y los plazos para realizarlas son adecuados. Será necesario comprobar, en el caso de algunas acciones, su implantación efectiva en futuras auditorías.

A continuación, se identifican las nc, NCM y OM así como la valoración de las acciones de mejoras recogidas en el PAM:

nc1: *No se puede evidenciar la existencia de un alineamiento de los objetivos de calidad de la Universidad con los de la Facultad de Medicina, por lo que no es posible establecer si la política y objetivos de calidad de la Universidad está implementada y alineada con la estrategia del centro, tal y como establece la directriz 1.1 del programa AUDIT Internacional.*

La Facultad presenta cinco acciones de mejora para solventar esta no conformidad. Tres de ellas ya están implementadas (las dos primeras pendientes de aprobación por la CECA cuya reunión se realizará el 11 de abril) y dos pendientes para el curso 24-25. Con la modificación del PE1 para incorporar el alineamiento de los objetivos de calidad del centro con los de la Universidad y la adaptación el documento plantilla que recoge estos objetivos, el equipo auditor considera que se da una solución válida a la no conformidad. Además, es valorable que se incluyan tres acciones más destinadas a difundir en el Centro los objetivos de calidad y su revisión continua. El equipo auditor considera que las acciones de mejora planteadas contemplan la resolución de la nc pero se mantiene en el informe hasta que pueda evidenciarse su cumplimiento en futuras auditorías.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

nc2: *Tal y como se indica en el PE1 la CECA aprueba la política y objetivos de calidad de la Universidad de Navarra, pero no se encuentran representados todos los grupos de interés externos en contra de lo establecido en el criterio 1.3 de AUDIT Internacional. A pesar de la inclusión del director del servicio de prácticas y empleo como representantes del colectivo de egresados y empleadores en la CECA, se hace necesario integrar la visión de estos colectivos de manera directa a través, por ejemplo, de comisiones consultivas, de forma que quede reflejado en el proceso PE1.*

Se definen dos acciones de mejora, la primera está implementada pendiente de aprobación por la CECA en su reunión extraordinaria del 11 de abril. La segunda se llevará a cabo en el último trimestre de 2024. Con estas dos acciones se da respuesta a la nc modificando el Manual de Calidad para incluir en la CECA a un egresado y un empleador, así como integrando en el PE1 a las comisiones consultivas de empleadores y egresados. Por tanto, el equipo auditor considera adecuado eliminar esta nc del informe, aunque deberá comprobarse, en futuras auditorías, la incorporación de las comisiones consultivas en el PE1.

nc3: *No se evidencia la difusión de los objetivos y política de calidad del centro, no se encuentra su publicación en web ni queda establecido en el PE1 de qué forma se realiza la difusión entre los grupos de interés, en contra de lo establecido en la directriz AUDIT Internacional 1.4.*

Se ha publicado en la web de la Facultad de Medicina la política de calidad de la Universidad y los objetivos de calidad del centro. Además, es valorable que el PAM incluya una acción más, a desarrollar en el curso 24-25, con la motivación de organizar una sesión formativa relacionada con la definición, seguimiento, difusión y rendición de cuentas de los objetivos de calidad del centro. Esta nc queda resuelta con la primera de las acciones de mejora presentadas. Por tanto, el equipo auditor considera adecuado eliminar esta nc del informe.

nc4: *En contra de lo establecido en los criterios de AUDIT Internacional 1.6 y 1.7 no existen evidencias de la implementación de acciones de mejora y toma de decisiones, ni de la difusión de estas a los grupos de interés en cuanto a los objetivos y política de calidad de la Universidad y del Centro.*

El PAM de la Facultad presenta seis acciones de mejora, las acciones 1, 3, 4 y 5 coinciden con algunas de las presentadas para solventar las nc 1 y 3.

Para la difusión de los objetivos y política de calidad de la Facultad y de la Universidad, así como de la toma de decisiones al respecto, se ha llevado a cabo la publicación en la web de la Facultad de los objetivos de calidad, así como el acta de la CECA (noviembre 2025), que recogerá la revisión y resultados de esta política. Es necesario revisar en futuras auditorías la consecución de estas acciones. El equipo auditor considera que las acciones de mejora planteadas contemplan la resolución de la nc, pero se mantiene en el informe hasta que pueda evidenciarse su cumplimiento en futuras auditorías.

nc5: *El PE1 establece que es la Junta Directiva de centro la encargada de revisar los objetivos de calidad previo informe de la CGC. No se evidencia el ciclo completo de revisión y rendición de cuentas de los objetivos y política de calidad en este proceso de certificación de la implantación del sistema.*

Para la revisión y rendición de cuentas de los objetivos y política de calidad se han previsto cinco acciones de mejora que, si bien ya están planteadas para solventar nc anteriores, incluyen la rendición de cuentas ante estudiantes, PDI y PAS (acción 4 del PAM). Esta acción no se ha implementado hasta la fecha por lo que es necesario realizar seguimiento sobre ella y comprobar en futuras auditorías que el compromiso alcanzado por el centro se hace efectivo.

El cumplimiento de estas acciones permitirá garantizar la evidencia del ciclo completo en la revisión y rendición de cuentas de los objetivos y política de calidad, la nc se mantiene en el informe hasta que pueda evidenciarse su cumplimiento en futuras auditorías.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

nc6: *En el PE3 dentro del Manual del SAIC de la Universidad de Navarra y sus procedimientos, en contra de lo establecido en la directriz AUDIT 2.1 no se evidencian los mecanismos que regulan el proceso de toma de decisiones relativo al seguimiento de las titulaciones.*

El PAM presentado por el Centro recoge una acción de mejora consistente en la incorporación en el procedimiento PE3 del Manual de Calidad, el proceso de seguimiento. Este cambio será aprobado por la CECA en su reunión extraordinaria a celebrar el 11 de abril. Es necesario hacer seguimiento de la implementación efectiva de dicha acción y de la publicación de la modificación en el Manual de Calidad. El equipo auditor considera que la nc puede darse por solucionada.

nc7: *No se ha podido evidenciar la existencia de un mecanismo efectivo para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión de las titulaciones, tal y como establece la directriz AUDIT Internacional 2.5. Se proponen acciones de mejora en los informes de análisis de los procesos que no se trasladan en todos los casos a la Memoria de Análisis de Resultados de las titulaciones, ni se evidencia seguimiento de la implementación de estas acciones.*

Para solventar esta nc el PAM plantea cuatro acciones de mejora. Se incluye en el PE2 la revisión del seguimiento de las propuestas de mejora recogidas en el plan de mejoras del centro, por parte de la Junta Directiva. Esta incorporación en el proceso permitirá mejorar el seguimiento de las acciones de mejora y su implementación. Asimismo, se modifica la plantilla del plan de mejoras del centro, incorporando un espacio para recoger la supervisión de la Junta Directiva y la fecha.

Es valorable la incorporación de dos acciones destinadas a la difusión del plan de mejoras del centro en la web, así como una sesión de formación dirigida a todos los centros en la que se explique el ciclo de definición, seguimiento, difusión y rendición de cuentas del plan de mejoras del centro.

Las tres primeras acciones están realizadas a falta de aprobación por CECA en su reunión convocada para el 11 de abril. La acción relacionada con la actividad formativa se implementará en el curso 24-25 por lo que es necesario hacer seguimiento de su realización, en futuras auditorías. El equipo auditor considera que esta nc puede darse por solucionada.

nc8: *En contra de lo establecido en la directriz 2.6 del modelo AUDIT, no se evidencia la sistemática de rendición de cuentas a los grupos de interés, vinculada principalmente con el quién y el cuándo, sobre el diseño, organización, desarrollo, revisión y mejora de las enseñanzas impartidas*

El PAM define una acción de mejora dirigida a la incorporación en el PE3 de creación, modificación, seguimiento, acreditación y extinción de títulos de procesos por los cuales se garantiza la rendición de cuentas a los diferentes grupos de interés tanto en la creación de las titulaciones como en su revisión, mejora, acreditación y extinción. Además, la acción de mejora contempla la difusión del ciclo de vida de cada enseñanza entre estudiantes, PDI, PAS y sociedad en general, a través de boletines internos y publicación en web.

La modificación del PE3 ya ha sido realizada en el Manual de Calidad, estando a la espera de aprobación por parte de la CECA en la reunión del 11 de abril. Es necesario comprobar en futuras auditorías que se cumple con todos los protocolos incorporados en el PE3 y que se realiza una efectiva rendición de cuentas a los grupos de interés. El equipo auditor considera que la acción de mejora propuesta da respuesta a la no conformidad detectada, por lo que se procede a su eliminación del informe.

NCM9: *En contra de lo establecido en la directriz AUDIT Internacional 4.2, no se evidencia cómo participan los grupos de interés, en la definición de la política del personal, su desarrollo, seguimiento y mejora, dentro del procedimiento PA7 sobre los recursos humanos.*

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

La acción de mejora incorporada en el PAM recoge la modificación del Proceso de Análisis de Recursos Humanos (PA7), de forma que se identifica claramente la participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal, esta participación se contempla a través de:

- El Servicio de Dirección de Personas recogiendo las propuestas de PAS y PDI
- La Junta departamental en sus comunicaciones con los profesores, personal investigador en formación y personal técnico del departamento.
- La Junta directiva del centro, con la participación de vicedecanos/as, subdirector/a y gerente.
- El claustro académico como espacio de participación del profesorado.
- El Observatorio de Conciliación e Igualdad, a través de las medidas recogidas en el Plan de Igualdad de la Universidad de Navarra.
- La CECA y la CGC en la que están representados todos los grupos de interés.
- El plan de dedicación del profesorado elaborado por la Junta departamental.
- Los resultados de las encuestas de satisfacción.

La modificación en el PA7 está pendiente de aprobación por parte de la CECA. A juicio del equipo auditor la NCM queda solventada con la acción de mejora recogida en el PAM, por lo que se elimina del informe.

nc10: *En contra de lo establecido en la directriz 9.3 de AUDIT Internacional no se ha podido evidenciar la existencia de mecanismos que permitan garantizar que todos los grupos de interés son informados, de forma comprensible, acerca de los resultados de aprendizaje obtenidos por las y los egresados ni de los resultados de la enseñanza (tasas de rendimiento académico/aprendizaje/inserción laboral y satisfacción de los distintos grupos de interés).*

En el PAM presentado por la Facultad se definen seis acciones de mejora, cuatro de las cuales ya están implementadas. Se ha incorporado al PS4 de información pública y rendición de cuentas la publicación de las tasas de rendimiento académico, inserción laboral y satisfacción de los distintos grupos de interés. Se ha podido comprobar la incorporación de estas tasas en la web de la Facultad, a falta de la tasa de inserción laboral cuya incorporación se planifica para el curso 24-25.

La Facultad mejora así la información pública disponible en la web y los mecanismos para que la información pública, acerca de los resultados de aprendizaje y resto de tasas, sea accesible a la sociedad en general. El equipo auditor considera solventada esta nc y procede a su eliminación del informe.

nc11: *El procedimiento PS5 recoge la forma en la que el centro propone la mejora continua del SAIC. Es el Servicio de Calidad e Innovación el responsable de diseñar el plan anual de auditorías. No hay evidencia de la existencia de dicho Plan. En cuanto a la información recogida sobre la única auditoría interna realizada, no se ha encontrado información acerca de la resolución de las no conformidades y oportunidades de mejora informadas por la auditora, ni la forma en la que el centro ha incorporado estas propuestas en sus informes internos. Es necesario incluir en el PS5 la forma en la que se solventan las deficiencias detectadas en las auditorías internas (plan de mejoras).*

El PAM recoge cinco acciones de mejora relacionadas con esta nc. Cuatro de ellas ya han sido realizadas, aunque se ha detectado un error en la redacción del PAM ya que en las acciones AC2, AC3 y AC5 se hace referencias al PS4 cuando debería indicar PS5.

La modificación del PS5 Auditoría Interna y Mejora Continua del SAIC, incorpora como evidencias el Plan de auditorías interna y el Plan de mejoras derivado de las mismas. Con esta modificación se garantiza que, a futuro, se podrá evidenciar la planificación de las auditorías internas, así como el seguimiento de las acciones de mejora que, en su caso, se deriven de dichas auditorías. Una vez llevadas a cabo estas acciones de mejora con la realización de las próximas auditorías internas permitirán la eliminación de esta nc.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM1: las acciones propuestas se consideran adecuadas para dar respuesta a la propuesta realizada en esta OM, deberá comprobarse la implantación de las dos que quedan pendientes de realizar.

OM2: las acciones propuestas se consideran adecuadas para dar respuesta a la propuesta realizada en esta OM, por lo que se elimina del informe.

OM3: la acción propuesta se considera adecuada y ha sido ejecutada, por lo que se elimina la OM del informe.

OM4: las dos acciones propuestas dan respuesta a la OM y han sido ya realizadas, por lo que se elimina la OM del informe.

OM5: la acción propuesta se considera adecuada para dar respuesta a la propuesta realizada en esta OM, deberá comprobarse su implantación en futuras auditorías.

OM6: las acciones propuestas se consideran adecuadas para dar respuesta a la propuesta realizada en esta OM y ya han sido implementadas, por lo que la OM se elimina del informe.

OM7: la acción propuesta se considera adecuada para dar respuesta a la propuesta realizada en esta OM, deberá comprobarse su implantación en futuras auditorías.

OM8: la acción propuesta se considera adecuada y ha sido ejecutada, por lo que se elimina la OM del informe.

OM9: la acción propuesta mejora la información aportada en el PA7 pero no recoge de forma efectiva lo indicado en la OM. Se mantiene esta OM por considerar que es necesario incorporar indicadores en el PA7 que justifiquen la necesidad de contratación de PAS al centro. Los indicadores existentes en el PA7 recogen el nº de altas y bajas de personal, pero no así los que permiten tomar decisiones en cuanto a esta contratación.

En cualquier caso, a juicio del equipo auditor, se trata de una OM que ayudaría al centro en la mejora del proceso, pero no es indispensable para la certificación de la implantación del SAIC.

OM10: las acciones propuestas se consideran adecuadas para dar respuesta a la propuesta realizada en esta OM y ya han sido implementadas, por lo que la OM se elimina del informe.

OM11: la acción propuesta se considera adecuada y ha sido ejecutada, por lo que se elimina la OM del informe.

OM12: las acciones propuestas se consideran adecuadas para dar respuesta a la propuesta realizada en esta OM y ya han sido implementadas, por lo que la OM se elimina del informe.

OM13: las acciones propuestas se consideran adecuadas para dar respuesta a la propuesta realizada en esta OM, deberá comprobarse la implantación de las AC2 y AC3 en futuras auditorías.

OM14: la acción propuesta se considera adecuada y ha sido ejecutada, por lo que se elimina la OM del informe.

OM15: puesto que en la versión 2 del informe de auditoría se eliminó la inclusión del PE5, no es necesario que la Facultad facilite respuesta a esta OM, por lo que se elimina del informe.



- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

En Valencia, a 09 de abril de 2024

POR EL EQUIPO AUDITOR

D/ª. Montserrat Martínez Soldevilla
Cargo: Auditor/a Jefe